Rok XXXV. Kraków 29. Sierpnia 1896. Nr. 35.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Admiuistracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

L. 2451.

KONKURS.

W wykonaniu rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 17. Kwietnia 1896. l. 20830. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Głogowię z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na koszta podróży 200 złr. w. a.

Okręg sanitarny obejmować ma gminy: Bratkowice, Budy, Głogów, Hucisko ad Przewrotne, Jasionka, Lipie, Mrowlą, Pogwizdów, Przewrotne, Rogoźnica, Rudna mała, Rudna wielka, Stobierna, Styków, Wola cicha, Wulka pod lasem, Wysoka, Zabajka i Zaczernie.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Rzeszowie w terminie do 30. Września 1896. i dołączyć do podania w myśl §. 7. ust. z dnia 2-go Lutego 1891. Nr. 17. Dz. ust. kraj.

1) Dyplom doktora medycyny.
2) Dowód obywatelstwa austryackiego.
3) Świadectwo odbytej najmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim.
4) Świadectwo lekarskie potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego, iż petent jest fizycznie zdatnym do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego.

Z Wydziału Rady powiatowej.

W Rzeszowie 12. Sierpnia 1896. 160—3—1

Rok XXXV. Kraków 29. Sierpnia 1896. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Artykuły oryginalne.

I. Ogólne uwagi nad zboczeniami mowy.

(Z warszawskiego Zakładu leczniczego dla osób dotkniętych zboczeniami mowy).

Podał

Dr. Władysław Ołtuszewski.

Badania nad zboczeniami mowy, stanowiącemi dziś jedną z najmłodszych gałęzi medycyny praktycznej, weszły na racyonalną drogę dopiero w ostatnich czasach, a z tego względu mało są jeszcze znane szerszym kołom lekarzy. Powodowany tym względem, pozwolę sobie, na zasadzie zebranego materyału z ostatnich trzech lat, przedstawić wyniki praktyczne, do jakich doszedłem drogą dotychczasowego badania [1]).

Od Lipca 1892 r. do Lipca 1895 r. zarówno w praktyce prywatnej, jako też i w poliklinice, którą otworzyłem przy zakładzie, spostrzegałem 411 przypadków zboczeń mowy. Liczba ta rozdzieliła się między różne kategorye zboczeń mowy w następujący sposób:

1892/93. jąkania 61, trzepotania 2, bełkotania z wadliwem wymawianiem 12, mowy nosowej 3, niemoty 13, ogółem 91.

1893/94. jąkania 102, trzepotania 2, bełkotania z wadliwem wymawianiem 24, mowy nosowej 7, niemoty 26, ogółem 161.

1894/95. jąkania 87, trzepotania 1, bełkotania z wadliwem wymawianiem 38, mowy nosowej 5, niemoty 27, ogółem 159.

Razem jąkania 251, trzepotania 5, bełkotania z wadliwem wymawianiem 74, mowy nosowej 15, niemoty 66, ogółem 411.

J ą k a n i e, obejmujące najliczniejszą rubrykę w szeregu zboczeń mowy, stanowi nerwicę kurczową, czynnościową, to jest bez żadnych zmian anatomicznych tak w ośrodkach, jakoteż w narządach artykulacyi. Na zasadzie szczegółowo zestawionych danych, dotyczących przyczyn jąkania mniemam, że najważniejszym momentem etyologicznym tej wady są dwie przyczyny usposabiające, a mianowicie: dziedziczność i wiek tworzenia się mowy (między 2—5 rokiem).

Na 251 przypadków jąkania zanotowałem dziedziczność 101 razy, a prawie połowa wszystkich przypadków powstania tej wady przypada na wiek tworzenia się mowy. Przyczyny wywołujące jak n. p. uraz, przestrach, psychiczna zaraza, to jest przebywanie w towarzystwie jąkających się, naśladownictwo, oraz prędka mowa otoczenia, odgrywają również ważną rolę, zawsze jednak prawie przy istniejącem już usposobieniu. Zgadza się to i potwierdza zapatrywanie moje na jąkanie, jako nerwicę analogiczną histeryi, neurastenii i t. d.

Leczenie jąkania opiera się na dwu przesłankach: 1) ćwiczenie świadome mięśni jest ćwiczeniem nerwów, a więc i tkanki mózgowej, gdzie upatrujemy siedlisko jąkania, 2) ćwiczenia świadome usuwają ruchy mimowolne, to jest skurcze. Odpowiednio do tego chory wykonywa ćwiczenia świadome trzech składników mowy: oddechu, głosu i artykulacyi, w tym celu, aby po ukończeniu kuracyi używać prawidłowo mowy, ale już bezwiednie. Stosując tak pojmowane leczenie, otrzymałem wyniki bardzo dobre. Z podanej wyżej liczby 251 jąkających się przebyło cały kurs leczniczy 63 osób, z których 56 zupełnie wyzdrowiało, a 7 doznało znakomitej poprawy. Nie ulega kwestyi, że i chorzy ostatniej kategoryi przy powtarzaniu kuracyi mają szanse wyzdrowienia. Na zasadzie dotychczasowego doświadczenia mniemam, że jąkanie należy stanowczo do nerwic uleczalnych, jeśli kuracya nie jest utrudnioną przez samego chorego lub jego otoczenie. Do zupełnego wyleczenia potrzeba od 2—3 miesięcy w formach lżejszych, a do $^1/_2$ roku w cięższych. Oprócz tego po ukończeniu leczenia każdy chory winien poddać się kontroli, polegającej na przychodzeniu raz na tydzień, potem coraz rzadziej, w przeciągu pewnego czasu.

Czyż jednak trwanie kuracyi, co prawda przy cięższych formach nieco długotrwałe, może kogo dziwić? Czyż dla wyleczenia się z wady, pozbawiającej nieraz człowieka możności obcowania z ludźmi, łamiącej często karyerę, a wogóle wywierającej jak najgorszy wpływ na cały ustrój nerwowy, nie należy poświęcić tyle przynajmniej czasu, ile z ochotą i bez zdziwienia przeznaczamy na nauczenie choćby pobieżnie jakiego języka? Niewypełnienie pod jakimkolwiek bądź względem przepisów leczenia powoduje tak zwane powroty, którym nie przyznaję żadnej racyi bytu, a mianem tem nazywam pogorszenie w skutek niedbalstwa ze strony chorych, lub otoczenia, samowolnego przerwania kuracyi i. t d.

Wobec najniedorzeczniejszych poglądów, jakie są rozpowszechnione w społeczeństwie naszem, co do jąkania, cały

[1]) Kolegów, pragnących zapoznać się z teoretyczną stroną zajmującego nas przedmiotu, odsyłam do następujących prac moich, dotychczas ogłoszonych: „Szkic fizyologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego“, Warszawa 1893 r.; „Psychofizyologia mowy“, *Medycyna* 1893 r.; „Rozwój mowy u dziecka, oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencyi“, Warszawa 1896 r.; „O jąkaniu i bełkotaniu“, *Medycyna* 1892 r.; „Próba popularnego wykładu fizyologii i patologii mowy“, Warszawa 1892 r.; „Pierwszy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy“, *Medycyna* 1893 r.; „Drugi przyczynek do nauki o zboczeniach mowy“, *Medycyna* 1894 r.; „Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy“, *Medycyna* 1895 r.; „Hygiena mowy“, Warszawa 1896 r.

postęp przyszły leczenia tej wady czynię zależnym od dokładnego zapoznania ogółu przez lekarzy, tak z jej istotą, jako też ze sposobami i wynikami leczenia.

Pod nazwą trzepotania pojmujemy czynnościowe zboczenie mowy, polegające na niestosunku między chęcią wyrażania swych myśli, a sprawnością narządu artykulacyjnego, w skutek czego sylaby lub wyrazy zostają wymawiane w tak szybkiem tempie, żę mowa staje się zupełnie niezrozumiałą. Na 411 przypadków wadę tę, należącą zresztą do łatwo dających się usunąć, zanotowałem 5 razy.

Bełkotanie stanowi zazwyczaj czynnościowe zboczenie mowy i polega na tem, iż wskutek osłabienia pamięci słownej z powodu niedołęstwa umysłowego, lub jakiejkolwiek przyczyny upośledzającej odżywienie kory mózgowej, układa dziecko dźwięki prawidłowe lub też zmienione w zupełnie niezrozumiałe wyrazy. n. p. zamiast kalendarz — alita, zamiast barszcz — pta i t. d. Od bełkotania należy odróżnić wadliwe wymawianie jednej lub kilku głosek, co zanieczyszcza tylko do pewnego stopnia zresztą zupełnie zrozumiałą mowę. Owo wadliwe wymawianie dzielę na organiczne, zależne od anatomicznych zmian w narządzie artykulacyi (nieprawidłowa budowa szczęk, braki podniebienia twardego i miękiego i t. d.) i czynnościowe, uwarunkowane niedostateczną wprawą narządu artykulacyjnego do przyjmowania właściwego położenia, aby wytworzyć ten lub inny dźwięk, w skutek upośledzenia słuchu, złego wzoru mowy i t. d. O ile wadliwe wymawianie należy usuwać ze względów estetycznych, o tyle leczenie bełkotania staje się kwestyą pierwszorzędnej wagi, gdyż dzieci tego rodzaju z powodu niezrozumiałej mowy zupełnie są niezdolne do rozpoczęcia nauk. Uświadomienie porządku następowania po sobie głosek i sylab przy pomocy ćwiczeń, mających za zadanie wzmocnienie pamięci słownej, oraz wyrobienie brakujących, lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych dźwięków, stanowi zasadę leczenia obu zboczeń, dającego zupełnie dobre wyniki. Na 90 przypadków bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem (16 było razem z innemi wadami, jak jąkaniem i t. d.), 18 przypadło na bełkotanie, a 72 na wadliwe wymawianie. Z liczby tej 3 osoby leczyły się z powodu bełkotania a 25 z wadliwego wymawiania, z zupełnie dobrym wynikiem.

Do bełkotania możemy odnieść mowę nosową, gdyż zazwyczaj w tych przypadkach mamy wadliwe wymawianie głosek, a to z tego powodu, że prąd wydechanego powietrza rozdziela się na dwie drogi, głoski więc wymagające dokładnego rozgraniczenia jamy nosowo-gardzielowej od ustnej, nie mogą być wytwarzane, lub też tracą na swej wyrazistości. Mowa nosowa zależy od braku dokładnego rozgraniczenia jamy ustnej do jamy nosowo-gardzielowej, uwarunkowanego defektami podniebienia twardego, niedowładem podniebienia miękkiego, ustępującą niemotą wrodzoną u dzieci i t. d. Ostatniego rodzaju mowę nosową nazywam wrodzoną. Zarówno mowa nosowa wrodzona, jakoteż i zależna od defektów podniebienia, rozpoczyna się od wczesnego dzieciństwa, a uniemożliwiając wytwarzanie wielu głosek, czyni mowę zupełnie niezrozumiałą. Do wadliwego wymawiania odnosimy nosowy oddźwięk przy zatkaniu jamy nosowo-gardzielowej z jakiej bądź przyczyny (polipy nosa, obrzmienie muszel i t. d.). O ile ostatniego rodzaju zboczenia, t. j. nosowy oddźwięk głosu, dobrze zresztą znany rynologom, łatwo usunąć, znosząc przeszkody od których zależy zwężenie, o tyle znów mowa nosowa, prawie zupełnie dotychczasowo pomijana przez lekarzy i, po większej części uważana za nieuleczalną, dopiero w ostatnich czasach, dzięki wprowadzonej specyalnej kuracyi ortofonicznej, stała się zupełnie przystępną dla leczenia. Zwracam szczególną uwagę na dobre wyniki, jakie otrzymujemy przy leczeniu mowy nosowej, zależnej od defektów, oraz wrodzonej. Spostrzegałem 30 przypadków mowy nosowej (15 było łącznie z innemi wadami mowy). Z liczby tej leczyły się 4 osoby dorosłe, w skutek mowy nosowej wrodzonej, z zupełnie dobrym wynikiem.

Najwięcej zawikłane zboczenia mowy stanowią niemoty. Badania w tym kierunku ważne nietylko dla lekarzy, lecz i dla psychologów, przyczyniły się do zlokalizowania rozmaitych czynności mózgu w poszczególnych miejscach istoty korowej, wykazując, że zniszczenie lub uszkodzenie pewnej części kory, powoduje upośledzenie pewnych czynności mowy. Tak n. p. uszkodzeniom okolicy Broca towarzyszą zaburzenia mowy ruchowej, zajęcie okolicy Wernickego powoduje głuchotę wyrazową, zniszczeniom okolicy korowej potylicowej odpowiadają zaburzenia w sferze składników wzrokowych pojęć, jak aleksya, niemota optyczna i t. d. O ile dawni autorowie jak Broca, Wernicke, Lichtheim, Charcot byli mniej lub więcej stronnikami teoryi lokalizacyjnej, głoszącej, że pewnym miejscom w mózgu, tak zwanym ośrodkom mowy, odpowiadają pewne kliniczne formy niemoty, o tyle badania nowszych autorów nad niemotą, jak Grasheya, Trenda, Goldscheidera, idące więcej w kierunku psycho-fizyologicznym, odrzucając ośrodki mowy w znaczeniu anatomicznem, uważają mowę pod względem psychicznym za sprawę funkcyonalną jako zbiór kojarzeń opartych na pamięci i uwadze między czuciową i ruchową okolicą kory. Odpowiednio do tego ośrodki mowy, rozpatrywane dotychczas pod względem anatomicznym, przyjmujemy obecnie jako zakończenia korowe narządów zmysłowych i nerwów ruchowych, służące jednocześnie do przyjmowania i innych wrażeń, oprócz odnoszących się do aktu mowy, a więc pamięci ruchowej, pamięci dźwięków i pamięci wrażeń optycznych ogólnie wziętych, a mowę za akt psychiczny. polegający na tem, że przy pomocy pamięci ośrodków słownych kojarzymy wyobrażenia i pojęcia z wyrazami.

Niemoty jak wiadomo, dzielimy na organiczne, zależne od zniszczenia tak zwanych ośrodków pamięci słownych, i czynnościowe pochodzące od mniejszego lub większego upośledzenia funkcyi tychże ośrodków, bez zmian anatomicznych. Wedle obecnego zapatrywania się nauki na afazyę przyjmujemy jedynie dwie formy niemoty: ruchową (właściwa niemota ruchowa oraz agrafia) i czuciową (głuchota wyrazowa, oraz aleksya); wszelkie zaś uprzednio opisywane formy, jako transkorowe i podkorowe uważamy za wyraz czynnościowego osłabienia funkcyi ośrodków pamięci słuchowej lub ruchowej, występujące bądź samodzielnie, bądź też towarzyszące nieznacznym zmianom organicznym w tychże ośrodkach. Z całego szeregu niemot logopatolog najczęściej ma do czynienia z tak zwaną niemotą wrodzoną u dzieci. Zboczenie to polega na tem, że dzieci bądź inteligentne, bądź upośledzone pod względem umysłowym, pomimo rozumienia mowy, samodzielnie mówić nie mogą. Niemota wrodzona zarówno jak bełkotanie może być czynnościo-

wego lub organicznego pochodzenia i zależy od osłabienia pamięci słownych w skutek niedołęstwa umysłowego, lub przebytych chorób mózgowych (porażenia wieku dziecięcego i t. d.). Zwracamy jeszcze uwagę na przypadki głuchoty wyrazowej, zależne od zmian pozakorowych, a mianowicie w obwodowym narządzie słuchu, z zachowaniem resztek funkcyi tego narządu. Tu zaliczamy przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych częściowych zmian w błędniku, oraz obustronne zmiany w uchu środkowem. Wszystkie te przypadki różniące się od zwyczajnej głuchoty możnością percepowania tonów i szmerów, podlegają leczeniu, mającemu niezmiernej wagi doniosłość, zarówno u starszych osób, jak w szczególności u dzieci głuchoniemych, gdyż dzięki jemu mogą one nauczyć się mowy bez uciekania się do metod, mających zastósowanie w zakładzie dla głuchoniemych.

Najnowsze prace nad niemotą, oraz własne badania nad psychogenezą mowy, potwierdziły w zupełności pogląd mój, wygłoszony jeszcze przed trzema laty, co do możliwości leczenia niemot organicznych, zależnych od uszkodzeń wyżej wymienionych miejsc kory, a tem więcej czynnościowych, opartych jedynie na zaburzeniu pamięci. Nie wdając się w szczegóły prowadzenia leczenia, zaznaczam jedynie jej zasadę, polegającą na tem, że, ponieważ niemota następuje w skutek utraty tej lub owej pamięci, przy pomocy więc metodycznych ćwiczeń, pamięć tę można przywrócić. Zgodnie z tym poglądem i na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, zarówno niemoty organiczne, jakoteż i czynnościowe, uważam za najzupełniej nadające się do leczenia. Z tych ostatnich zwracam szczególną uwagę na niemotę wrodzoną u dzieci. Chyba niepotrzebuję rozwodzić się nad tem, o ile tego rodzaju niemota wpływa ujemnie na ich rozwój umysłowy. Spostrzegałem 66 przypadków niemoty. Z tej liczby leczyło się 4 osoby, a mianowicie 2 dorosłe i 2 dzieci, z zupełnie dobrym wynikiem.

Rozpatrując dotychczasowy materyał, zaznaczam, że stosunkowo najmniejszą kategoryę stanowiła niemota u dorosłych (9 przypadków), oraz mowa nosowa, zależna od braków podniebienia twardego i miękkiego (4 przypadki). Zwiększony materyał niemoty u dorosłych wyjaśniłby wiele wątpliwych objawów jej klinicznego obrazu, jak również dałby nam możność stanowczego określenia, o ile ta lub owa forma niemoty przedstawia większe lub mniejsze widoki wyleczalności, większa zaś ilość mowy nosowej zależnej od defektów pozwoliłaby i nam stwierdzić świetne wyniki, jakie obecnie otrzymują w Niemczech przy jej leczeniu, łącząc zabieg chirurgiczny z ortofoniczną gimnastyką podniebienia miękkiego.

W zakładach dla zboczeń mowy, oprócz specyalnie wykształconego lekarza znajdują pacyenci opiekę, jakiej w zwykłych warunkach mieć nie mogą. Stósuje się to szczególnie do dzieci, którym rodzice, lub otoczenie, nie mogą poświęcić na to ani odpowiedniego czasu, ani nie posiadają w tym kierunku należytego uzdolnienia. Opieka ta idzie równolegle z leczeniem, aby to, co nabyły przy jego pomocy, utrwalić, kontrolować, oraz stopniowo przyzwyczaić do otoczenia zwykłego. Odnosi się to zarówno do jąkania, jak do niemoty i bełkotania. Nie potrzebuję chyba dodawać, że brak podobnego zakładu w naszym kraju bardzo dotkliwie uczuwać się dawał, gdyż nawet istniejące na zachodzie tego rodzaju zakłady, nie nadają się dla nas, choćby z tego względu, że leczenie tam odbywa się w języku obcym; nie odpowiadają więc najelementarniejszym w tym względzie wymaganiom. To też łatwiej aniżeli teoretyczne rozumowania, potrzebę jego istnienia potwierdził ruch chorych w zakładzie warszawskim dla zboczeń mowy za ostatnie trzechlecie. Opierając się na tych danych, sądzimy, że istnienie u nas takiego zakładu ma wszelką racyę bytu, a z wynikami jego przyszłej działalności nie omieszkamy znów, po pewnym czasie, zaznajomić czytelników *Przeglądu lekarskiego*.

II. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniwersytetu Jagiell. prof. Dra Jordana.

O zastósowaniu baloników kauczukowych w położnictwie.

Napisał
Dr. Ludwik Świtalski
asystent kliniki.

(Dokończenie Patrz Nr. 34).

We wszystkich trzech przypadkach przerywaliśmy ciążę w pierwszej połowie za pomocą baloników Barnesa. Wszystkie te trzy ciąży były nieprawidłowe, bo wikłały się przedwczesnem odklejeniem łożyska, u dwóch pierwszych prawdopodobnie wskutek silnego wstrząśnienia od upadnięcia, u trzeciej zaś z przyczyny nieznanej.

W pierwszym przypadku wystąpił tylko krwotok zewnętrzny, w drugim i trzecim przyszło do znacznego krwotoku wewnętrznego, podczas gdy krwawienie na zewnątrz było stałe, ale nieznaczne. Waga skrzepów nagromadzonych w macicy u trzeciej chorej wynosiła około 1000, to też macica w czwartym miesiącu ciąży przekraczała znacznie wielkością rozmiary jej w szóstym.

Miejscowe tak niejednostajne kurczenie się macicy, jakie występowało u chorej Nr. 3, a na podstawie którego prof. Jordan rozpoznał krwotok wewnętrzny i nagromadzenie się skrzepów krwi w macicy, uważa prof. Jordan za objaw charakterystyczny dla tych przypadków. Skurcze te można by uważać za następstwo miejscowego silnego podrażnienia miąższu macicy przez skrzepy krwi, przy słabej skłonności do skurczów całego mięśnia macicznego, prawdopodobnie w następstwie znacznej niedokrewności, przy której, jak o tem wspomina Barnes, mięsień macicy zachowuje się bardzo gnuśnie. Że bezwładność (*inertia*) macicy w drugim i trzecim przypadku była wielka, to najlepiej za tem przemawia ta okoliczność, że nagromadzenie się wielkiej ilości skrzepów w macicy, które przecież zachowują się tu jako ciało obce, nie było w stanie wywołać skurczów macicy, wystarczających do przerwania ciąży, w obu bowiem przypadkach nawet szyja nie uległa skróceniu. We wszystkich trzech przypadkach szyja macicy była bardzo twarda z powodu chronicznego zapalenia miąższu szyjki. Wskazanie do przerwania ciąży było życiowe, gdyż we wszystkich przypadkach była wielka niedokrewność a krwawienie, pomimo odpowiedniego leczenia utrzymywało się.

Metoda balonikowa okazała się tu bardzo cenną, gdyż względnie w krótkim czasie po jej zastósowaniu, wystąpiły

skurcze macicy, a czynność porodowa dosyć szybko postępowała, pomimo znacznego stwardnienia szyi. W drugim przypadku, w którym zachodziła potrzeba ukończenia porodu z powodu stanu gorączkowego chorej, nie chcieliśmy już dalej rozszerzać balonikami, gdyż pociąganie za balonik musiałoby być zbyt silne w stosunku do wytrzymałości balonika, w skutek znacznej twardości brzegów ujścia; tu więc po zupełnem rozszerzeniu szyi i ujścia zewnętrznego na szerokość korony za pomocą balonika, nacięto brzegi ujścia sposobem Dührrsena i poród zaraz ukończono.

Stósowanie śródmaciczne baloników, w celu przerywania ciąży, jest używanem z dobrym skutkiem przez wielu ginekologów. I tak Ahlfeld [5]), który od kilku lat posługuje się tylko tą metodą przerywania ciąży, w 30 przypadkach miał bardzo dobre wyniki, Dührrsen [6]), Braun [7]), Winkler [8]) są również zwolennikami tej metody. Przy tym sposobie przerywania ciąży ma się bowiem nie tylko możność wywołania skurczów macicy, ale w danym razie i szybkiego ukończenia porodu. Niewątpliwie metoda ta ma więcej dodatnich stron niżeli metoda Scheela lub Krausego. Rozumie się, że baloniki mogą oddać bardzo dobre usługi w tych przypadkach, w których czynność porodowa jest już rozpoczęta a idzie o szybkie ukończenie porodu i stworzenie sobie warunków potrzebnych do tego n. p. przy drgawkach porodowych, wadzie sercowej i t. d.

W tych razach baloniki są bardzo cennym środkiem, gdyż przy ich pomocy poród zostaje przyspieszony bez jakiegokolwiek niebezpieczeństwa, lub obawy tworzenia się głębszych naddarć, jak to bywa przy rozszerzaniu szyi, a względnie ujścia, za pomocą palców, lub przy nacinaniach szyi *modo* Dührrsen. Baloniki bowiem, podobnie jak pęcherz płodowy, rozszerzają łagodnie i jednostajnie szyję, a względnie ujście, a wywierając jednostajny ucisk na całe otoczenie zabezpieczają je od tworzenia się znaczniejszych naddarć.

Braun [9]) w klinice Madurowicza użył w tym celu z bardzo dobrym skutkiem kolpeuryntera w przypadku rozpoczynającego się obrzęku płuc przy zmianach w sercu, gdy sztucznie wzniecona czynność porodowa bardzo powoli postępowała, a stan ogólny chorej na dalsze wyczekiwanie nie pozwalał.

Najczęściej stósowaliśmy baloniki śródmacicznie w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, położeniach płodu tak podłużnych, jak i poprzecznych.

Dwa razy zakładaliśmy baloniki przy położeniu płodu pośladkowem, przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego przy ujściu mało rozwartem, brzegach ujścia twardych, niepodatnych, a bólach porodowych słabych. W tych przypadkach baloniki, względnie w przeciągu krótkiego czasu rozszerzyły ujście o tyle, że można było sprowadzić nóżkę i bezpiecznie w dalszym ciągu wyczekiwać ukończenia porodu.

Korzyść w tych przypadkach była niewątpliwą; w tych bowiem warunkach poród nieraz bardzo długo się przeciąga, co po pęknięciu pęcherza płodowego nie jest obojętnem. Gdy zaś zajdzie potrzeba ukończenia porodów przy ustalonych pośladkach, to wiadomą jest rzeczą, na jak wielkie trudności natrafia nieraz ściągnięcie takowych.

Dwukrotnie oddały nam baloniki bardzo dobre usługi przy położeniu poprzecznem, a przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego, przy ujściu drożnem zaledwie dla palca. W obu przypadkach w przeciągu pół godziny ujście tak się rozszerzyło, że swobodnie można było wykonać obrót całą ręką. Tu działanie baloników jest nieocenione, zapobiegają one obniżaniu się przodującego barku, a rozszerzając szybko ujście, stwarzają nam korzystne warunki do obrotu. Pierwszym, który w tym celu polecił śródmaciczne stósowanie kolpeuryntera, był Schauta.

W przypadku poronienia w piątym miesiącu księżycowym, gdzie po urodzeniu się płodu kanał szyjki tak się zaciągnął, że nie można było w kilka godzin, nawet w uśpieniu, przeprowadzić dwóch palców w celu wydobycia łożyska, użyliśmy do rozszerzenia szyi balonika. W tym przypadku, w skutek silnego krwotoku, wieczorem wytamponowano bardzo dokładnie pochwę gazą jodoformową, rano następnego dnia wydobyto tampon i płód urodzony do pochwy. Łożysko pozostało w macicy, a szyja tak się zaciągła, że o wejściu palcami do macicy nie było mowy. Wprowadzono balonik ponad ujście wewnętrzne, a w kilka godzin szyja tak się rozszerzyła, że swobodnie czterema palcami można było łożysko odkleić i na zewnątrz wydobyć.

W jednym przypadku znacznego krwotoku w następstwie przedwczesnego odklejenia łożyska, jeszcze przy szyjce utrzymanej, przebito pęcherz płodowy i zastąpiono go balonikiem. W ostatnich latach tak we Francyi jak i w Niemczech, radzą także stósować śródmacicznie baloniki przy łożysku przodującem, zamiast jak dotąd do pochwy.

Jeszcze w roku 1861. Madurowicz, będąc asystentem w klinice wiedeńskiej Brauna, zastósował w przypadku łożyska przodującego, połączonego z bardzo znacznym krwotokiem, kolpeurynter, w celu rozszerzenia ujścia zewnętrznego i stworzenia sobie korzystnych warunków do obrotu. Stało się to przypadkowo, gdyż Madurowicz, chcąc założyć kolpeurynter do pochwy, założył go do szyi, a korzystając potem z tego, przez pociąganie wypełnionego kolpeuryntera rozszerzył w krótkim czasie całkowicie ujście i dokonał obrotu. W roku 1888. ogłosił Mäurer [10]) przypadek, w którym z powodu znacznego krwawienia przy łożysku przodującem użył kolpeuryzy śródmacicznej do zatamowania krwotoku i rozszerzenia ujścia. Założył kolpeurynter pomiędzy odklejoną część łożyska, a ścianę macicy; krwotok ustał, a w przeciągu 20 minut, przez pociąganie kolpeuryntera, rozszerzył całkowicie ujście.

Dührrsen [11]), idąc za przykładem Mäurera, stósował trzy razy kolpeuryzę śródmaciczną przy łożysku przodującem z bardzo dobrym skutkiem. Radzi on postępować w ten sposób, aby przy łożysku częściowo przodującem, przebić pęcherz płodowy i czekać; gdy krwawienie ustaje, to nic nie robić, a gdy się dalej utrzymuje, to założyć kolpeurynter do worka płodowego i wypełnić go odpowiednio. Krwotok potem zaraz zostaje powstrzymany, a stałe pociąganie kolpeuryntera, w niedługim czasie rozszerza ujście i stwarza korzystne warunki do obrotu. W dwóch przypadkach łożyska

---

[5]) Verhandlungen der Geburtshilfe v. Dr. Ahlfeld 1894.
[6]) Verhandlungen der deutscher Gesellschaft f. Gynäk. V. Kongres zu Breslau 1893. s. 375.
[7]) Wiener medicinische Blätter 1895. Nr. 31.
[8]) Archiv für Gynäk. Bd. I. s. 463.
[9]) Centralblatt für Gynäk. 1888. Nr. 41.
[10]) Centralblatt f. Gynäk. 1887. Nr. 27.
[11]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäk. V. Kongress zu Breslau 1893. s. 375.

przodującego całkowicie przebił Dührrsen łożysko i przez otwór w niem przeprowadził kolpeurynter.

Braun v. Fernvald [12]), w przypadku łożyska częściowo przodującego, w którym po przebiciu pęcherza płodowego dalej krwawiło, a ujście było za mało rozwarte, zastósował z dobrym skutkiem kolpeurynter.

We Francyi stósowanie śródmaciczne baloników przy łożysku przodującem zalecił Champetier [13]), a stósowali go z dobrym rezultatem Gellé [14]) i Pinard.

W klinice mieliśmy sposobność zastósowania tej metody w dwóch przypadkach łożyska częściowo przodującego. W jednym przypadku przy ujściu drożnym dla palca a znacznem krwawieniu, założono balonik pomiędzy odklejoną część łożyska a ścianę macicy. Krwawienie zaraz ustało, a w niedługim czasie ujście tak się rozszerzyło, że można było wykonać obrót całą ręką. W drugim przypadku przy szyjce jeszcze nie całkiem rozszerzonej, a ujściu drożnem dla palca i znacznem krwawieniu, otworzono pęcherz płodowy. Główka, pomimo że odpłynęła duża ilość wód płodowych, wcale się nie obniżyła, a krwawienie się zwiększyło, wtedy założono do worka płodowego kolpeurynter, wypełniono go odpowiednią ilością płynu i wywierano stałe pociąganie. Krwawienie ustało zaraz, a w przeciągu $^3/_4$ godziny rozszerzono tak ujście, że całą ręką dokonano obrotu.

Zastósowanie śródmaciczne baloników, przy łożysku przodującem i znacznem krwawieniu, może w wielu razach oddać lepsze usługi niżeli kolpeuryza pochwowa, dotąd przeważnie używana, gdyż tamuje zaraz krwawienie przez bezpośredni ucisk na naczynia krwawiące, zapobiega krwotokowi wewnętrznemu i, niewątpliwie szybciej działa na przebieg porodu, a względnie stwarza w krótkim czasie korzystne warunki do ukończenia porodu. Szybkie ukończenie porodu ma znaczenie nie tylko dla matki, ale i dla dziecka, które przy łożysku przodującem tak często umiera. Przez szybkie i zupełne rozszerzenie ujścia umożliwionem jest zaraz po dokonanym obrocie wydobycie płodu na zewnątrz. Również należy i to wziąść pod uwagę, że kolpeuryza pochwowa wywołuje nieraz tak znaczne dolegliwości w skutek ucisku na pęcherz i kiszkę stolcową, że niektóre chore znieść jej nie mogą, a wtedy kolpeuryzę trzebaby zastąpić tamponadą z gazy jodoformowej, która ma wiele ujemnych stron. Śródmacicznie założone baloniki, nawet znacznie przez płyn rozciągnięte, nie wywołują tych dolegliwości.

Zastósowanie więc śródmaciczne baloników zasługuje na większe jak dotąd uwzględnienie, a korzyści jakie w wielu razach stąd osiągamy, są bardzo znaczne.

III. Z praktyki sądowo-lekarskiej.

Podał

Dr. Maryan Jasilkowski

ze Strzelisk Nowych.

K. B., wieśniaczka, lat 35 z H., została uderzona kołem w głowę dnia 10. Maja b. r.; zaraz po urazie nie straciła przytomności i nie wymiotowała. Dnia 14. Maja b. r. przy oględzinach sądowych stwierdzono u niej ranę tłuczoną, sięgającą od lewego guza ciemieniowego, skośnie ku szwowi strzałkowemu, 7 cm. długą, 1 cm. w środku szeroką, drążącą do kości. Brzegi rany były napęczniałe, rana zanieczyszczona. Obie powieki oka lewego były obrzękłe i zsiniałe. Wypływu cieczy surowiczej z otworów usznych nie zauważono, przy nadymaniu nie powstawała odma skórna; stan umysłowy nie okazywał zboczeń, ciepłota wynosiła 38° C., tętno 112 na minutę. Wezwany znawca wydał tymczasowe orzeczenie, w którem uznał powyższe uszkodzenie za lekkie, połączone z 14—16-dniowem upośledzeniem zdrowia; zastrzegł jednak sobie dalsze orzeczenie po 7 dniach, gdyż z powodu zanieczyszczenia rany i gorączki, nie można na razie było wykluczyć choroby przyrannej. Tymczasem chora dnia 22. Maja utraciła przytomność, stała się niespokojną i tak podniecona, że ją musiano odwieść do zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. Tu rozpoznano *delirium acutum.*

Orzeczenie wydane w zakładzie wykluczyło możliwość związku przyczynowego między chorobą umysłową, a urazem głowy. W kilka dni po przybyciu chorej do zakładu stwierdzono różę na skórze lewej połowy grzbietu, sięgającą od górnego brzegu łopatki do ostatniego żebra. W pierwszych dniach Czerwca chora zmarła, a sekcya wykonana na jej zwłokach, wykazała w miąższu poprzednio opisanej rany bliznę zrośniętą z kością, przekrwienie mózgu i jego opon, brak jakiegokolwiek uszkodzenia kości czaszkowych, zwyrodnienie mięśnia sercowego, obrzęk ostry śledziony, na skórze lewej strony grzbietu kilka pęcherzyków różycowych.

W orzeczeniu uznano różę, jako przyczynę śmierci.

Akta sprawy tej przesłano sądowi w Ch. i wezwano do wydania na ich podstawie orzeczenia Dra B. i autora niniejszej rozprawki.

Orzeczenie nasze miała stanowić odpowiedź na pytania: 1) czy obłąkanie denatki pozostawało w związku z owym urazem? 2) co było przyczyną róży? i 3) dlaczego przebieg róży u młodej osoby był tak niekorzystny?

Dodatkowo dowiedzieliśmy się od świadków, że denatka była już przed urazem głupkowatą, nadto, iż opilstwu się nie oddawała.

Orzeczenie przez nas wspólnie wydane opiewało:

Obłąkanie K. B. stoi wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w związku z urazem zadanym kołem w głowę. Uraz ten wywołał w mózgu zmiany molekularne, które na razie, wobec upośledzonej inteligencyi denatki, uszły baczności otoczenia, a dopiero, kiedy się ujawniły utratą przytomności i szałem, stały się spostrzegalne dla otoczenia. Zmiany te mogły tem łatwiej wystąpić, że uraz wywarty został na mózg już przedtem nieprawidłowy, gdyż denatka miała być „głupkowatą". Tę umysłową chorobę dostrzeżono dopiero w 12. dniu po urazie i rozpoznano w zakładzie kulparkowskim — jako *delirium acutum.*

Dodatkowo mogła przyczynić się także i róża, której punktem wyjścia była niewątpliwie rana na głowie, do wybuchu tej choroby umysłowej. Róża musiała istnieć najpierw na głowie, lecz uszła uwagi i dopiero, gdy się rozszerzyła po kilku dniach na dalszych powłokach, została dostrzeżoną. Przyczyną śmierci denatki, jak za tem świadczą zmiany sekcyą stwierdzone (ostry obrzęk śledziony, ćme zwyrodnie-

[12]) Wiener medic. Blätter 1895. Nr. 31, 32, 33, 35. Über intrauterine Colpeuryse.

[13]) Congrès periodique international de Gynécologie et d'Obstétrique 1894. Bruxelle.

[14]) Ibidem.

nie mięśnia sercowego) stała się róża. Że róża przyjęła u denatki tak niekorzystny obrót, tłómaczy się tem, iż była ona osłabiona chorobą umysłową i wyniszczona z powodu istniejącego u niej w ciągu choroby jadłowstrętu, wreszcie, że była to róża wędrująca, zatem jako taka, złośliwa.

Nadto uważamy za stósowne dodać, iż róża powstaje przez dostanie się swoistych drobnoustrojów bramą, którą tworzy zawsze przerwa w ciągłości powłok skórnych lub śluzowych n. p. otarcie przyskórka i t. d.

IV. Oceny i sprawozdania.

O nerwicach urazowych *(Neurosis traumatica)* **oraz kilka uwag o przypadkach obserwowanych w klinice.** Dr. Józef Surzycki, b. I-szy asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nieliczne dotąd posiadamy prace w języku polskim, traktujące o nerwicach urazowych, a i te, po większej części tylko przyczynki kazuistyczne, ciekawe dla lekarza obznajomionego dokładnie z przedmiotem, nie wyczerpują ogólnego klinicznego zarysu, ani zbioru poszczególnych objawów, spostrzeganych w stanie patologicznym, o którym mowa. Przedmiot tak licznych badań w ostatnich latach, o czem świadczy spis literatury, umieszczony na końcu omawianej rozprawy — sprawa patologiczna, nad którą dotąd akta nie zostały jeszcze zamknięte, pomimo nagromadzającego się wciąż materyału, i pomimo, że pierwszorzędne powagi głos w tej kwestyi zabierały, — doczekał się dopiero w dziełku Dra Surzyckiego, pierwszego w języku polskim, dokładnego opracowania. Czytelnik znajduje w niem nietylko zestawienie wszelkich spostrzeganych dotąd objawów klinicznych, pojawiających się w nerwicach urazowych, ale prócz tego i zbiór zapatrywań na samą istotę tej choroby, często sprzecznych ze sobą, bo choć dzisiaj już wszyscy neuropatologowie godzą się na to, że choroba ta istnieje, nie wszyscy jednak zaliczają ją do jednej kategoryi zmian patologicznych. To też książka ta zadowolni nietylko pragnącego obznajomić się dokładniej z przedmiotem, ale zajmie i specyalistę, któremu daje sposobność rozpatrzenia się w różnorodnych sądach o sprawie — zebranych jasno i treściwie.

Rozpatrzywszy się dokładniej w samej rozprawie, podzielić ją można na trzy części: — Pierwsza część traktuje o pierwszych spostrzeżeniach nerwic urazowych, oraz zapatrywaniach co do ich przyrody wraz z opisem uszkodzeń towarzyszących wypadkom kolejowym; ten drugi podział zyskałby może wiele na obszerniejszem opracowaniu ze stanowiska ogólno lekarskiego, dając przedewszystkiem lekarzom zawodowym, np. kolejowym więcej wyczerpujący obraz tych przypadków.

Druga część (od str. 13 do 47) stanowi najważniejszy i najlepiej opracowany dział; uwydatnił w niej autor wielką skrupulatność biegłego klinicysty, który nie zapomniał o żadnym objawie spostrzeganym w tej chorobie, ugrupował wszystkie wzorowo i z nadzwyczajnym nakładem pracy zestawił sprzeczne często spostrzeżenia wielu autorów, oraz wnioski rozpoznawcze wysnuwane z obecności tych objawów lub ich braku. W części tej znajdujemy również zestawienie zmian anatomicznych, opisanych w przypadkach zakończonych śmiercią, podział nerwic urazowych, oraz wskazówki w rokowaniu i leczeniu.

W części trzeciej znajdujemy zestawienie objawów w 24 przypadkach przez autora spostrzeganych, oraz bardzo pouczające, szczególnie dla uprzedzonych, uwagi o symulacyi poparte kazuistyką, która wykazuje, jak należy tu być ostrożnym, gdy w 4 przytoczonych przez autora przypadkach, wydarzyły się błędy pierwszorzędnym powagom. W części tej szczególną uwagę czytelników zwróciłbym pragnął i na kwestyę udawania objawów, a szczególnie ścieśnienia pola widzenia, w której to kwestyi wykonał autor doświadczenia rozstrzygające na ludziach zdrowych, o różnej inteligencyi. Ze szkodą dla całości zaniechał autor przytoczenia choćby kilku historyj chorób ważniejszych swoich przypadków.

Uwzględniwszy całość niniejszej pracy, z całą bezstronną sumiennością sądu, na jaki mnie stać, uważam ją godną polecenia szerszemu kołu kolegów, których sprawa w niej opracowana zajmuje. *Dr. Józef Różecki.*

Nowak Julian: **Wyniki badania krwi u dzieci zmarłych na błonicę.** *(Centralblatt f. Bacteriologie* 1896. T. XIX. Nr. 25 i osobna odbitka).

Autor badał bakteryologicznie wkrótce po śmierci 22 zwłok dzieci zmarłych na błonicę, w 3 przypadkach powikłaną z płonicą. We wszystkich 22 przypadkach wyhodowały się ze śledziony i z krwi serca chorobotwórcze drobnoustroje, a mianowicie 21 razy wyrosły paciorkowce, 9 razy obok nich prątki błonicze, a raz gronkowce obok prątków Löfflera. Żmudne badania autora rzucają z wielu względów nowe światło na badaną sprawę zakaźną. Przedewszystkiem wynika z nich, że wbrew ogólnemu zapatrywaniu krew i narządy wewnętrzne zmarłych na błonicę nie są jałowe, że przeciwnie nietylko prątki Löfflera, ale prawie zawsze i inne jadowite drobnoustroje wkraczają do dróg krwionośnych i rozpowszechniając się w całym ustroju, sprowadzają ogólne zakażenie, przyczem rolę główną odgrywać się zdają paciorkowce. Z badań swoich wnosi autor, że właśnie paciorkowce, przynajmniej w przypadkach śmiertelnych błonicy, uważać należy za właściwych sprawców, jeżeli już nie samej sprawy chorobowej, to przynajmniej jej ciężkości i że bez ich udziału rola prątka błoniczego byłaby może dość niewinną. Inaczej mówiąc, uważa autor błonicę za sprawę zakaźną, pierwotnie miejscową, wywołaną przez współdziałanie prątka błoniczego i paciorkowca; w pewnych przypadkach jednak rozwija się z niej zakażenie ogólne paciorkowcowe, przy którem paciorkowcowi prątek błoniczy niekiedy tylko towarzyszy. *Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Müller: **O pomijanym dotychczas składniku morfotycznym krwi.** *(Centralblatt f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie* 1896. Nr. 13). M. podaje, że we krwi ludzi zdrowych, jakoteż najrozmaitszymi cierpieniami dotkniętych, spostrzegał drobne okrągłe ziarenka, których średnica nie przenosiła 1 μ., okazujące żywe ruchy drobinowe, a zdarzające się w zmiennej obfitości. Ziarenka te z kwasem osmowym nie barwiły się na czarno, nie rozpuszczały w kwasie octowym, i nie odgrywały żadnej roli w tworzeniu się włóknika. Autor uważając te twory za prawidłowy składnik krwi, dla którego proponuje nazwę: *Haemokonion* = „pyłki krwi“, przypuszcza po zestawieniu odnośnego piśmiennictwa, że są one czemś różnem od dotychczas spostrzeganych podobnych kuleczek, i że zauważył je przed nim niewątpliwie jedyny Kahane, uważający je zresztą za rodzaj pasorzytów (*mikramoebae*), istniejących wyłącznie u ludzi dotkniętych rakiem. Jakie znaczenie przypisać należy tym tworom, niewiadomo; autor zaprzecza przypuszczeniu, że to są ziarnistości rozpadłych leukocytów, natomiast zdaje mu się, że kuleczki te mają znaczenie podobne, jak kuleczki tłuszczu, spostrzegane niekiedy we krwi przy t. zw. *lipaemii.* (Zauważyć należy, że autor nie starał się wcale zbadać zachowania opisywanych tworów wobec barwików; tymczasem wyjaśnienie tego szczegółu jest koniecznem, zanim się zaprzeczy tożsamości „pyłków“ krwi z ziarnistościami leukocytów, a w szczególności z ziarnistościami neutrofilnymi myelocytów lub ciałek białych wielojądrzastych. Nader podobne bowiem twory i zachowanie się ich względem barwików opisał wcześniej od autora K. Wernicki w *Przeglądzie lek.* z r. b. Nr. 10—12,

uważając je zresztą za rzecz dawniej znaną, niedostatecznie tylko zbadaną i dochodząc do wspomnianego, zapatrywaniom Müllera wręcz przeciwnego wniosku, o ile idzie o kuleczki bardzo drobne, średnicy 1 μ. zaledwo dochodzące. *Przypisek sprawozdawcy*). *Ciechanowski.*

Morax: **O prątku** (*diplobacillus*) **wywołującym przewlekłe zapalenie spojówki u ludzi.** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1896. Nr. 6). W pewnych postaciach nieżytowych zapaleń spojówki o przebiegu podostrym lub przewlekłym spostrzegał autor stale krótkie, na końcach zaokrąglone, ułożone parami prątki (*diplobacillus*), odbarwiające się sposobem Grama, a dające się łatwo wyosobnić na agarze z surowicą i bulionie z surowicą; prątki te nie rosną na innych pożywkach, rozwijają się najlepiej w ciepłocie termostatu i nie są dla zwierząt chorobotwórcze, czy to do żył lub jamy otrzewnowej, czy na spojówkę zaszczepione; natomiast zaszczepione na spojówkę ludzi, wywołują one jej zapalenie nieżytowe. Z cech biologicznych odkrytych prątków, wnosi autor, że drobnoustroje te przystosowały się wyłącznie do ustroju ludzkiego, i że są one przyczyną niektórych postaci przewlekłego zapalenia spojówki, przenoszącego się bezpośrednio z człowieka na człowieka, podobnie jak ostre nieżyty spojówki, wywołane, jak wiadomo, przez prątki Weeksa. Ponieważ te przewlekłe zapalenia spojówki, którymi zajął się autor, są mało dolegliwe i nader łatwo uleczne, dlatego prawdopodobnie nie zauważono dotychczas, ani, że polegają one na tle zakaźnem, ani, że zakażenie udziela się bezpośrednio z osobnika na osobnika. *Ciechanowski.*

Chavigny: **O wartości rozpylań rozczynu sublimatu.** (*Annales de l'Institut Pasteur* 1896. Nr. 6.). Na podstawie szeregu doświadczeń, dokonanych z odpowiednimi ostrożnościami dla uniknięcia popełnianych dotąd błędów, doszedł autor do wniosku, że praktykowane gdzieniegdzie rozpylania rozczynu sublimatu 1‰ są bezużyteczne. Rozpylania bowiem takie, wykonywane nawet znacznie dłużej, niż to się dzieje w praktyce, nietylko nie niszczą drobnoustrojów chorobotwórczych, jak n. p. gronkowca złocistego, prątka wąglikowego i t. p. ale nawet nie osłabiają ich jadowitości.

Ciechanowski.

Prof. E. Finger: **Anatomia i fizyologia cewki i pęcherza moczowego.** (*Wiener mediz. Wochenschrift* 1896. Nr. 26, 27, 28). Autor zwraca uwagę na budowę i czynność tych narządów o tyle, o ile to potrzebnem jest w celach rozpoznawczych i leczniczych rzeżączki cewki moczowej, a więc: na ich wymiar, rozszerzalność, wreszcie na narząd mięśniowy i sposób jego działania. Cewka moczowa dzieli się na 1) wrzecionowatą część czółenkowatą, 2) rurkowatą jamistą, 3) wrzecionowatą — opuszkową, 4) rurkowatą — błoniastą, wreszcie 5) symetryczny stożek części krokowej. Wymiar i rozszerzalność tych części jest różna, ale nie należy tych własności od siebie oddzielać, gdyż pierwszy od stopnia drugiej zależy. Najwęższe i najmniej rozszerzalne jest ujście zewnętrzne, najszerszą i najwięcej rozszerzalną jest część opuszkowa. Fizyologicznie dzieli F. cewkę moczową na część przodkową, do zdziergacza zewnętrznego sięgającą, i część tylną, po za nim położoną; a podział ten tak rozwojem, jak czynnością tych części udowodnić się daje. Cały narząd mięśniowy tylnej części daje jej nazwę części mięśniowej (*pars muscularis*). Część krokowa od strony pęcherza otoczoną jest pierścieniem mięśnia gładkiego, skrzyżowanego włóknami prężnemi pęcherza (*m. sphincter vesic. v. prost. int.*); środkową część zajmuje rzeczywisty gruczoł krokowy w kształcie niezupełnego pierścienia; przednią zaś część tego odcinka cewki mocz. tworzy mięsień w części gładki, w części prążkowany (*sphincter vesic. s. prost. ext.*), zbliżający boczne płaty gruczołu krokowego. Cewka przechodzi teraz przez „*diaphragma urogenitale*“, przez co tworzy się część błoniasta, złożona z mięśnia gładkiego, wewnętrznego podłużnie, zewnętrznego okrężnie ułożonego (*Compressor urethrae*). Rozpatrzywszy teraz mięśnie pęcherza mocz. od wewnątrz ku zewnątrz okrężnie, siatkowato i promienisto przebiegające, — widzimy, że jako mięśnie gładkie powodują zawsze skurcz pęcherza, czyli działają jako wypieracze moczu (*detrusores urinae*), a nie posiadając osobnego zdziergacza, nie może powstrzymać wypływającego moczu, któráto czynność przypada jedynie narzadowi mięśniow. części tylnej. Przy napełnieniu jednak pęcherza płyn, prąc, zwycięża zdziergacza wewn., rozszerza go i tworzy t. zw. szyję pęcherza, co powoduje uczucie parcia na mocz, a przechodząc w dalszą część tylnego odcinka cewki, przedłuża coraz więcej pęcherz, całe zaś parcie płynu wstrzymuje teraz zdziergacz zewnętrzny i *m. compressor part. membran. s. urethrae.* Znanym jest ogólnie fakt, że skurcz zdziergacza zewn. i części błoniastej może naśladować zwężenie cewki moczowej; a skurcz taki wywołać może zadrażnienie tak przodkowej części cewki n. p. cewnikiem, jak i tylnej, szczególnie w stanach zapalnych cewki n. p. rzeżączce. To też dawne twierdzenie, że płyn wstrzyknięty zwykłą strzykawką rzeżączkową do tylnej części nigdy się nie dostaje, jest zupełnie uzasadnionem. Ale podobnie część błoniasta treści swojej nie wypróżnia ku przodowi cewki, a ku tyłowi do pęcherza, przez co dostają się tam ropa, krew, lub płyny wstrzyknięte. Z tego więc dobitny wniosek, że mięsień części błoniastej (*m. compressor urethrae*) rozdziela całą cewkę na część przodkową i tylną, co dla patologii, zrozumienia objawów sprawy rzeżączkowej i leczenia jej, jest wielkiego znaczenia, i dlatego autor napisał swą pracę, szczególnie dla lekarzy specyalnie chorobami wenerycznemi się nie zajmujących, a często traktujących rzeżączkę, jak się wyraża, szablonowo. *Dr. Krzyształowicz.*

Nowy sztuciec chirurgiczny do podręcznego użytku, zwłaszcza na polu bitwy, — układu Prof. Dr. Mikulicza i Dr. Vollbrechta, lekarza wojskowego we Wrocławiu. (*Der Militaerarzt*, Wien, 1896. Nr. 11 i 12). Zamiast wytwornych puzder, wysłanych pluszem lub aksamitem, przypominających raczej pudełka z przyborami do robót kobiecych, dzisiejsze sztućce chirurgiczne, stósownie do wymagań aseptyki, muszą mieć inne okrycie i urządzenie. Taki podręczny sztuciec winien być niewielki, sposobny do ujęcia; narzędzia powinny być tak umieszczone, aby były zawsze w stanie czystym i zdatne do użycia; wreszcie dobór narzędzi powinien zadość uczynić wszystkim potrzebom na bojowisku, przy udzieleniu pierwszej pomocy.

Tym warunkom odpowiada sztuciec ułożony przez autorów. Torba jego ze skóry ma płócienną wkładkę, zapinaną na guziki, w której utwierdzone ściąganą przepaską spoczywają narzędzia chirurgiczne. Wkładka da się z łatwością odpiąć i razem z narzędziami wyjałowić. Próby poczynione w klinice chirurgicznej wrocławskiej przekonały, że do zupełnego wyjałowienia wystarcza wystawienie na działanie krążącej pary wodnej przez 15—20 minut. Jednakowoż po tem narzędzia dostają drobnych plamek, i z tej przyczyny, lepiej jest wkładkę samą wyjałowić w parze, zaś narzędzia wygotować w 1% rozczynie sody, przez 10 minut. W służbie polowej wyjałowić można odrazu, po prostu w garnku wypełnionym do połowy wodą; narzędzia kładzie się do wody, a wkładkę zawiesza nad garnkiem w parze.

Wkładka płócienna dla ochrony przed zmoknięciem lub splamieniem okryta jest batystem (Mosetiga), który się da razem z wkładką i narzędziami wyjaławiać.

Dobór przyrządów jest następujący: nożyk składany (*bistouri*) kończysty, brzuszaty i guziczkowaty, haczyk ostry dwudzielny, zgłębnik rowkowany, z uszkiem i skrzydlaty, łyżeczka ostra jajowata, dwa obosieczniki (*lancette*) do szczepienia, szczypczyki haczykowate, dwie zasuwki, szczypczyki proste, nożyczki proste guziczkowate, szczypczyki anatomiczne, trójgraniec, nożyczki Cooperowskie, kopystka do języka, rurka tchawiczna, cewnik męski, igły półzgięte i całkiem łukowate, jedwab w osobnym słoiku szklanym, (jednogodzinne wygotowanie wyjaławia go).

Wobec trudności wyjaławiania narzędzi na polu bitwy przed ich użyciem, najlepiej trzymać się zasady wyjaławiania po każdem użyciu narzędzi, jak żołnierz po bitwie czyści broń.

Zalety nowego sztućca są widoczne i przewyższają wszystkie dawniejsze. Narzędzia są w całości z kruszcu i zastosowane do możliwego użytku. Więc zgłębnik z uszkiem zastąpi igłę Dechampsa, szczęki szczypczyków prostych uchwycą silnie i z łatwością pocisk z nowej broni małego kalibru, a również mogą służyć za imadło, zasuwki do tętnic wzoru Péanowskiego, są lepsze od zwykłych. Jedna zmieniona zasuwka Péanowska może uchwycić dobrze pocisk 8 mm., a nawet 5 mm.

Wkładka płócienna okrywa naokół ściśle wszystkie narzędzia. Wielkość sztućca całego pozwala nosić go w kieszeni.

Podług wyłuszczonych wskazówek wyrabia nowe sztućce chirurgiczne H. Haertel we Wrocławiu (w cenie 70 marek).

Dr. St. Eliasz-Radzikowski.

Finkelstein wygłosił dnia 19. Lipca b. r. w berlińskim Towarzystwie lekarskim odczyt na temat: **O przyczynach zapalenia mieszkowego jelit** *(enteritis follicularis)* **u dzieci.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. 1896). Rozróżnia on klinicznie dwie postacie tej choroby, jednę z objawami wybitnemi jak: krwawe stolce, z domieszką śluzu i ropy, gorączka, parcie na stolec i t. d., a więc postać zbliżona swojemi objawami do czerwonki, — drugą bez tych objawów cechujących, mimo to groźną, prowadzącą do zakażenia ustroju.

Podział ten nie zawsze jest, zdaniem F., możliwy, jedna postać przechodzi w drugą, każda zaś z nich może być powikłaną innemi cierpieniami przewodu pokarmowego.

Badając bakteryologicznie stolce w przypadkach wybitnych, stwierdził w nich pasorzyta kształtu pręcika na obu końcach zgrubiałego, podobnego do *bacterium coli commune*, różniącego się jednak odmiennemi własnościami ścinania mleka.

Hodowle tego prątka, podane w pokarmach zwierzętom (myszom), wywoływały objawy podobne do objawów zapalenia mieszkowego; przy sekcyi zaś tych zwierząt stwierdzano znaczne zmiany na błonie śluzowej jelit. W stolcach tych zwierząt odnajdywano znowu te same drobnoustroje. F. dodaje, że prątek jego znachodził się także w innych chorobach przewodu pokarmowego, uważa je więc za poronne postacie zapalenia mieszkowego. Jadowitość tego prątka była zmienną i dała się przez przeszczepianie ze zwierzęcia na zwierzę wzmacniać.

Na podstawie tych danych, przypuszcza F., że wykrył prątek wywołujący zapalenie mieszkowe jelit u dzieci; obecny na posiedzeniu Baginsky, zdaniu temu się sprzeciwił; przedstawiony przez F. drobnoustrój uważa za *bacterium coli commune* i twierdzi, że opisane własności tego nowego prątka wraz z wywołanemi przezeń objawami w zupełności odpowiadają objawom przez *bacterium coli commune* wywoływanym.

Dr. R.

Docent Dr. Herman Schesinger: **Przyczynek do rozpoznawania chorobowych zaburzeń w żyle głównej dolnej** (*vena cava inferior*). *(Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29 r. 1896). Objawy, po których rozpoznajemy zamknięcie światła w żyle głównej dolnej są: obrzęk w dolnej połowie ciała, sinica kończyn, wytworzenie się ubocznego krążenia. Gdy te objawy istnieją rozpoznanie jest łatwe. Autor zwraca jednak uwagę na przypadki tego cierpienia, w których tylko po jednej stronie obrzęk się wytwarza.

Quincke twierdzi, że zamknięcie światła żyły głównej dolnej może nastąpić i bez tych przypadków. S. przytacza również przypadek sekcyjny chorej, zmarłej z innego powodu, u której przy sekcyi znaleziono dawne zarośnięcie żyły głównej dolnej. S. opisuje dwa przypadki przez siebie spostrzegane, w których zarośnięcie żyły głównej dolnej wywołało tylko jednostronny obrzęk dolnej połowy ciała. Objaw ten w ten tylko sposób mógł powstać, że po jednej stronie istnieją szerokie boczne drogi, któremi krew odpływać może. Na podstawie zestawionych z literatury przypadków i swoich własnych, twierdzi S., że potrzeba do tego następujących 3 warunków:

1) ażeby już poprzednio było zamknięcie żyły biodrowej po jednej stronie z następowem ubocznem wyrównaniem;

2) ażeby zamknięcie żyły głównej dolnej powstało w następstwie zarośnięcia żyły biodrowej (skrzep) i żeby skrzep w żyle głównej dolnej z początku był przyścienny t. j. nie zamykał naczynia zupełnie, tak, żeby był czas do wytworzenia się ubocznego krążenia;

3) ażeby żyły same przez się były tak szerokie, ażeby uboczne krążenie łatwo się rozwinęło.

Prócz powyższych możliwości może jedna jeszcze mieć miejsce, mianowicie podwójna żyła główna dolna, co należy jednak do wielkich rzadkości. Autor przypisuje większe znaczenie rozpoznawcze wytworzeniu się ubocznego krążenia. Gdy żyły na brzuchu znacznie są rozszerzone po obu stronach aż ku pachom, i krew w nich krąży od dołu ku górze, a powłoki brzuszne są obrzękłe po obu, lub po jednej stronie, a przytem gdy w moczu pojawi się krew lub białko, jako objaw zatkania jednej z żył nerkowych, pomimo obrzęku jednej kończyny dolnej, musimy rozpoznać zamknięcie światła żyły głównej dolnej

Roż.

VI. VIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

dnia 13, 14 i 15 Lipca b. r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

XXVII. Dr. Kryński: „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia i przecinania przewodu nasiennego“.

Myśl wydedukowana teoretycznie pierwotnie przez Ramma, o wpływie kastracyi na przerost gruczołu krokowego, dzięki badaniom White'a zyskała zastosowanie praktyczne i szybko znalazła rozpowszechnienie w rękach chirurgów amerykańskich i wkrótce potem i europejskich. Doświadczenia Przewalskiego i badania kliniczne Isnardiego metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia zastąpiły przez o wiele prostsze przecinanie sznurka nasiennego, co wreszcie Helferich sprowadził do najprostszego przecięcia przewodu nasiennego.

Nader pomyślne pierwotne wyniki, ogłaszane licznie przez wielu chirurgów spotkały słuszną krytykę Czernego, który wzrócił uwagę i na ujemne strony tego zabiegu operacyjnego. Tak więc po zbytnim entuzyazmie nastąpił okres bardziej krytycznego zapatrywania się na wartość tej operacyi i tą tylko drogą będzie można rzeczywistą jej wartość ocenić.

K. stosował operacyę w klinice chirurgicznej w 4 przypadkach przerostu gruczołu krokowego z towarzyszącymi objawami trudności oddawania moczu u chorych w wieku od 62—84 lat. Z tych w jednym tylko, gdzie wykonał z jednej strony kastracyę, z drugiej wycięcie przewodu nasiennego nastąpiła poprawa w ciągu 3 tygodni po operacyi, wyrażająca się zarówno znacznem zmniejszeniem rozmiarów gruczołu, jak i poprawieniem czynności pęcherza. W drugim po takim samym zabiegu w ośm dni nastąpiła śmierć z powodu zapalenia płuc, w trzecim po obustronnem przecięciu zauważyć można było nieznaczne zmniejszenie gruczołu bez polepszenia stosunków moczowych, w czwartym wreszcie przecię-

cie przewodów nie wywarło wpływu na stan chorego. Piąty przypadek operował prof. Rydygier prywatnie; i tu po przecięciu *vasa deferentia* nastąpiła poprawa zarówno pod względem urynowania, jak i wielkości gruczołu. Niestety poprawa ta trwała niedługo, dopóki pacyent pozostawał spokojnie w domu, potem znów nastąpiło pogorszenie. Zdaniem więc K. wartość tych metod leczenia przerostu gruczołu krokowego bardzo wątpliwa i tylko w przypadkach rzeczywistego przerostu tkanki gruczołowej, gdzie gruczoł jest duży, lecz miękki, i gdzie czynność pęcherza jest mało upośledzona spodziewać się możemy poprawy. W takich razach zupełna kastracya zdaje się być zabiegiem pewniejszym i prędzej prowadzącym do celu, niż samo tylko przecięcie przewodu nasiennego.

Ciechanowski zaznacza konieczność rozpatrywania w tych przypadkach oddzielnie stanu pęcherza, oddzielnie zaś gruczołu krokowego. Na pierwszy trzebienie skutku nie wywiera i wynik pooperacyjny zależy od stanu ściany pęcherza, który, pozbywszy się przeszkody po zmniejszeniu gruczołu krokowego, znów prawidłowo może funkcyonować, jeżeli ściana jego nie przedstawia głębszych zmian. Istnieje niewątpliwie związek pomiędzy jądrami a gruczołem krokowym i po usunięciu jąder część gruczołu funkcyonująca t. j. komórki gruczołowe ulegają zanikowi. To też w przypadkach t. zw. *hypertrophiae prostatae*, polegającej na nagromadzeniu się wydzieliny gruczołu, produkta płynne mogą uledz wessaniu i nastąpi zmniejszenie gruczołu, przeciwnie zaś przypadki przerostu zależne głównie od bujania elementów tkanki łącznej podścieliska na tle zapalnem pozostają bez żadnej zmiany po trzebieniu.

Trzebicky przytacza przypadek Israela, gdzie po takiej operacyi gruczoł krokowy powiększył się w dwójnasób i spowodował prawie zupełne zatrzymanie moczu tak, iż trzeba było uciec się do przekłócia pęcherza.

Kader podaje, że Dr. Hoffmann robił w klinice chirurgicznej wrocławskiej badania nad etyologią przerostu tego gruczołu i przekonał się, że ważne znaczenie przyczynowe ma tu podrażnienie pęcherzyków nasiennych zapalne, najczęściej na tle tryprowem, i podrażnienie to utrzymuje się przez wydzielinę jąder. Z chwilą zaś usunięcia jąder i ich czynności znika to podrażnienie, co wpływa dodatnio i na sam przerost gruczołu.

XXVIII. Dr. Majewski: „O przepuklinie pęcherza moczowego“.

M. opisuje przypadek z kliniki ginekologicznej prof. Jordana, dotyczący kobiety, u której podczas operacyi przepukliny wargowej nacięto pęcherz moczowy, wchodzący do worka przepuklinowego i ściśle z nim zrośnięty. Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze. M. przytacza dane z literatury, z których wynika, iż przepukliny pęcherza moczowego nader rzadko bywają rozpoznane przed operacyą.

XXIX. Dr. Gabryszewski: „W sprawie leczenia wrzodów goleniowych“.

G. poleca do leczenia wrzodów goleniowych żylakowych w miejsce powszechnie używanych opasek Martinowskich, które tamują zupełnie przeziew skórny i przez to macerują naskórek, opaski elastyczne trykotowe. Mają one tę zaletę, że są lżejsze, porowate, nadają się więc szczególnie tam, gdzie jest wydzielina większa lub towarzyszy wyprysk.

XXX. Dr. Gabryszewski: „O unaczynieniu wola“.

W jednym przypadku w klinice chirurgicznej u kobiety 30 letniej z powodu wola zrobiono podwiązanie wszyskich 4 tętnic tarczykowych. Guz po operacyi zmniejszył się, wkrótce jednak potem po powrocie do domu zaczął się znów powiększać i dorósł do wielkich rozmiarów. G. wyuał w klinice wycięcie według sposobu Kochera; po 2 tygodniach chora umarła wśród objawów *tetaniae* i podniesionej ciepłoty. G. nastrzykiwał naczynia na trupie i przekonał się, że unaczynienie wola pochodziło z gałązek odchodzących od *arteria lingualis* i *cervicalis profunda*.

XXXI. Prof. Trzebicky: „W sprawie leczenia zgorzeli kończyn“.

W kwestyi tej chirurdzy nie są dotychczas zgodni: jedni postępują bardzo radykalnie, amputując kończynę, drudzy przeciwnie zalecają postępowanie konserwatywne. T. jest zdania, że tam gdzie indywiduum jest schorzałe, gdzie bóle ogromne, gdzie pomimo leczenia antyseptycznego występują groźniejsze objawy, — tam należy amputować. Wszystkie inne przypadki leczyć zachowawczo.

(Wykład ten będzie drukowany w całości w *Przeglądzie lekarskim*).

Wehr zgadza się ze zdaniem T., lecz jeszcze energiczniej podkreśla konieczność leczenia konserwatywnego, gdyż, jak dowodzi statystyka, wyniki amputacyi w tych przypadkach są bardzo niepomyślne. Tylko leczenie wyczekujące musi być prowadzone nader starannie pod względem czystości i antyseptyki, przyczem uwzględnić należy stan ogólny, przedewszystkiem zaś starać się podnieść czynność serca. Wtedy wyniki mogą być pomyślne, jak to przekonał się W. w kilku swoich przypadkach.

Obaliński sadzi, że w wyborze postępowania kierować się należy etyologią cierpienia, którą sprowadzić można do 3 punktów; *diabetes mellitus*, *lues* i właściwiwiej *gangraena senilis* na tle arteriosklerozy. W przypadkach zgorzeli pierwszej kategoryi interwencya chirurgiczna winna ograniczyć się do minimum, usuwając jedynie tylko części nekrotyczne. Przypadki zgorzeli na tle cierpień przewlekłych zwykle kiły odznaczają się nadzwyczajną bolesnością; tu więc należy amputować, lecz nie wysoko, i jeżeli podczas operacyi przekonamy się, że w skutek zmian w tętnicach (*endarteritis obliterans*) tętnice nie krwawią, to należy posunąć amputacyę wyżej. Trzecia grupa, zgorzeli starczej odznacza się szybkim postępem zmian nekrotycznych i dla tego wymaga amputacyi i to jaknajwyżej.

Gabryszewski dodaje, że w szeregu momentów przyczynowych ważne ma znaczenie i alkoholizm; i postaciom zgorzeli tej kategoryi także znaczne towarzyszą bóle. W jednym przypadku na tle *lues*, gdzie utworzyły się wrzody zgorzelinowe na nodze, wykonał G. amputacyę, wynik był jednak niepomyślny; w drugim przypadku gangreny palucha u nogi postępował G. konserwatywnie, stosując nadto masaż odśrodkowy tętnic kończyny i wynik miał bardzo dobry.

Orłowski przytacza przypadki z klinik moskiewskich, gdzie otrzymano bardzo dobre wyniki w zgorzeli kończyn po leczeniu konserwatywnem i stosowaniu jednoczesnem kuracyi swoistej.

XXXII. Dr. Bossowski: „Przypadek *meningocele spuria traumatica*“.

Przypadek ten dotyczył chłopka 4 letniego, mającego na głowie znacznych rozmiarów guz chełboczący, którego dokładnie określić za życia nie było można. Zrobiono punkcyę i wypuszczono znaczną część płynu. Śmierć nastąpiła wśród objawów zapalenia ostrego opon mózgowych. Dopiero badanie pośmiertne wykryło istotę sprawy patologicznej. Guz zawierał ciecz mózgo-rdzeniową, mieszczącą się tuż na kości czaszki i unoszącą ku górze okostnę wraz z czepcem ścięgnistym i skórą. W środku podstawy kostnej znajdował się w obnażonej kości otworek, przez który wydostawała się opona miękka. W obwodzie guza znaczne zgrubienie okostny i wybujałości kostne utworzyły wałowatą wyniosłość, ograniczającą podstawę guza. Tu więc uraz spowodował ubytek w kości czaszkowej, w następstwie zaś nastąpiło wypadnięcie części opony i wylanie płynu mózgowego pod okostną.

XXXIII. Dr. Zoll: „Demonstracya uproszczonego przyrządu wyciągowego“.

Z. modyfikuje ekstenzyę Volkmannowską w ten sposób, że na podudzie zakłada kamasz płócienny, dokładnie przystosowany do kształtu kończyny i połączony z prętem żelaznym, który wśróbowuje się w dolną poręcz łóżka i za pomocą odpowiedniej śruby może być wydłużany i skracany. Stosując ten przyrząd, widział Z. dobre wyniki w *coxitis* i *gonitis*.

XXXIV. Dr. Kozłowski: „O krwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnień w stawie barkowym“.

Na podstawie odnośnego materyału kliniki prof. Rydygiera przedstawia K. sprawę leczenia zastarzałych zwichnień. W 4 przypadkach gdzie wszystkie usiłowania odprowadzenia bezkrwawego zwichniętej główki barkowej nie udały się, wykonano artrotomię i odprowadzono główkę na miejsce; cięcie skórne w operacyach tych według Hueter-Olliera. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny; co zaś się tyczy wyników funkcyonalnych, to pod tym względem leczenie gimnastyczne nie jest jeszcze ukończone, ruchomość wszakże zapowiada się dobrze. Jako szczegół ważny, zaznacza K., aby po usiłowaniach nieudanych odprowadzenia upłynął przynajmniej tydzień, zanim się przystąpi do operacyi krwawej.

XXXV. Dr. Kader: „Przyczynek do kazuistyki nowotworów wątroby i techniki operacyi tych nowotworów“.

K. przedstawił preparat wielkiego gruczolaka wątroby, operowanego w klinice chirurgicznej wrocławskiej i pokazał sposób operowania na wątrobie prawie bezkrwawego przy użyciu igieł, podanych przez Kusniecowa i Pęskiego. Są to grube igły, łukowato zgięte o tępym końcu. Wbijając je niezbyt mocno w miąższ wątroby, można z łatwością wyczuć twardsze pęczki łączno-tkankowe, w których przebiegają naczynia krwionośne, i obejść je nie kalecząc naczyń. Posuwając się w ten sposób wgłąb wątroby, można podwiązać naczynia danego odcinka wątroby żądanej wielkości, który później resekuje się bez krwotoku.

XXXVI. Dr. Świtalski: „Uwagi dotyczące raka szyi macicznej na podstawie spostrzeżeń kliniki ginekologicznej Uniw. Jagiell.“.

W obszerniejszym wykładzie przedstawia Ś. wyniki badań swych nad materyałem kliniki ginekologicznej z ostatnich lat 13-tu, obejmującym 363 przypadki raka szyi macicznej. *Carcinoma colli uteri* stanowi prawie 4% wszystkich cierpień, z któremi zgłaszają się chore do kliniki. Z pomiędzy tak znacznej liczby przypadków tylko w 71 można było wykonać radykalną operacyę, wykonano zaś tylko w 34 przypadkach, w pozostałych chore nie zgodziły się. Z tej liczby jeden raz wycięto jedną wargę, 4 razy amputowano część pochwową, w 30-tu zaś przypadkach wycięto macicę całkowicie, a mianowicie 28 razy *per vaginam* i 2 razy sposobem skombinowanym (Rydygier-Freund). Z liczby operowanych 3 zmarły w skutek operacyi, z pozostałych 6 są zdrowe i bez znaków recydywy w ciągu 14 miesięcy do 5-ciu lat.

Obaliński przytacza 3 przypadki ze swej praktyki, świadczące jakie trudności przedstawia częstokroć rozpoznanie raka macicy, że nawet przedwstępne badania mikroskopowe kawałków nie chroni czasem od omyłek. To też w przypadkach wątpliwych a podejrzanych lepiej jest dla chorej wyjąć macicę nierakowatą, niż pozostawić rakowatą, tembardziej, że najczęściej zdarza się to cierpienie u kobiet w latach późniejszych, nie młodych. Co się tyczy operowania za pomocą żegadła Paquelina, tak zalecanego przez Świtalskiego, to nie jest O. jego zwolennikiem, gdyż przy jego wadach w użyciu nie widzi bynajmniej zalet pod względem ochrony od recydyw.

Wehr jest za jaknajradykalniejszem operowaniem raka macicy. Łyżeczkowanie w celach rozpoznawczych nie prowadzi do celu i daje wyniki niepewne i dlatego proponuje W. aby lepiej wycinać klinowaty kawałek wielkości $1/2$—1 cm. i to badać mikroskopowo, a wtedy wynik badania będzie pewniejszy.

Bossowski zgadza się zupełnie z propozycyą Wehra co do wycinania kawałka do badania mikroskopowego i przytacza na dowód 2 przypadki, w których badanie mikroskopowe wyskrobanych cząstek wykazało tylko przerost gruczołów błony śluzowej macicy, podczas gdy po wykonaniu operacyi badanie dokładne wyciętego preparatu w obu przypadkach stwierdziło obecność raka. Niestety takie wycięcie nie zawsze bywa możliwe z powodu niedostępności niekiedy umiejscowienia nowotworu. Operowanie w każdym przypadku powinno być jaknajradykalniejsze.

Świtalski broni operowania żegadłem Paquelina, które przedewszystkiem ma tę zaletę, że chroni od przeszczepienia raka podczas samej operacyi, co się zdarzało po operacyach nożem.

Trudności rozpoznawcze bywają wielkie i pod tym względem wyskrobywanie stanowi znaczne ułatwienie. Tylko ażeby otrzymać kawałki tkanki, na których z pewnością możnaby rozpoznać raka, trzeba skrobać głęboko. Otrzymawszy nawet wynik badania ujemny co do raka, jeżeli przypadek wydaje się podejrzanym, w jakiś czas potem należy wykonać drugie skrobanie i badanie mikroskopowe.

XXXVII. Dr. Mikucki: „Demonstracya niezwykłego włókniako-mięśniaka macicy“.

M. przedstawił preparat i rysunki z przypadku włókniaka tylnej wargi części pochwowej macicy u kobiety 30-kilkoletniej z kliniki ginekologicznej. Nowotwór ten wielkości głowy cielęcej w znacznej części urodził się sam przez pochwę, zanim jednakże przystąpiono do operacyi chora tego samego dnia po przybyciu do kliniki zmarła.

XXXVIII. Dr. Maleszewski: „Przedstawienie olbrzymich włókniaków torbielowych macicy“.

M. okazał dwa preparaty włókniaków torbielowych macicy niezwykłej wielkości, które prof. Rydygier w ostatnich czasach operował w klinice chirurgicznej. W obydwu tych przypadkach wykonane zostało całkowite wycięcie nowotworów wraz z macicą drogą laparotomijną. Wyniki pooperacyjne bardzo pomyślne.

Po przemówieniach prof. Rydygiera i Obalińskiego Zjazd został zamknięty.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Czy wodę rzeczną można oczyścić i wyjałowić do tego stopnia, ażeby zastąpiła źródlaną?

Sprawa wodociągowa nie schodzi i zejdzie nieprędko z porządku dziennego zarządów wielkich miast.

Przed dwoma laty administracya miasta Paryża ogłosiła konkurs na wynalezienie niezawodnego sposobu oczyszczania i wyjaławiania wody rzecznej, przeznaczonej do picia. Warunki konkursu wyraźnie określały, ażeby wynaleziony sposób, po oczyszczeniu i wyjałowieniu wody rzecznej, czynił ją przeźroczystą, bezbarwną i bez smaku, ażeby ona zawierała dosyć powietrza, była pozbawioną drobnoustrojów chorobotwórczych, i żeby w niej niebyło ciał organicznych, lub jakichkolwiek innych pierwiastków szkodliwych.

Nadto poruczono komisyi, która miała rozstrzygnąć w sprawie tego konkursu, ażeby te tylko proponowane sposoby poddała próbnemu badaniu, które posiadać będą warunki wykonalności ze stanowiska kosztów, oraz dadzą się zastosować do oczyszczenia takiej ilości wody, która starczyła by na zaspokojenie potrzeb całego miasta, oraz zakładów ludnych, jak koszary, szkoły i t. d.

Praca tej komisyi została zamkniętą, a ostateczne wnioski jej sprawozdawcy, Dr. Martina, są następujące:

a) Konkurs ogłoszony przez miasto Paryż, mający na oku wynalezienie najlepszego sposobu oczyszczania i wyjaławiania wody rzecznej, przeznaczonej do picia, oświadcza, że w obecnym stanie wiedzy nie jest znany żaden filtr, wielki lub mały, któryby w sposób trwały czynił wodę rzeczną równą dyetetycznie wodzie źródlanej, jeśli, oczywiście, źródło jest dobrze wybrane, należycie ubezpieczone i ochronione.

b) Istotny stan rzeczy. i tylko niezbędna potrzeba wody do picia dla mieszkańców Paryża, czynią koniecznem na razie zaprowadzenie przyrządu do możebnie doskonałego oczyszczenia wody rzecznej, zanim zostanie rozprowadzoną po domostwach.

c) Najlepszy sposób jakim rozporządza dzisiejsza technika, jest przesączanie wody rzecznej przez filtr piaskowy, z dodaniem lub bez dodania zabiegów dla utleniania ciał organicznych za pomocą przetworów nieszkodliwych, z zastósowaniem lub bez zastósowania przyrządu do odbierania szumowin.

d) Bez względu na to, jaki system oczyszczania wody rzecznej będzie zaprowadzony, ma on pozostawać pod nieustannym i dokładny dozorem, tak pod względem składu chemicznego wody, jak i zanieczyszczeń bakteryologicznych. Z góry ma być przyjętem przewidziane zarządzenie, ażeby w razie samego podejrzenia niedoskonałej sprawności jakiej części filtru, bezwłocznie mogła ona być zastąpioną.

e) Jeżeli w zakładach ludnych, jak szkoły, koszary, szpitale i t. d. stanie się taka woda podejrzaną, lub wyraźnie zanieczyszczoną, należy ją poddać przed użyciem do picia przegotowaniu, a następnie pozostawić w miejscu dobrze przewietrzanym, lecz zabezpieczonym od kurzu. (*La Semaine médicale*, Nr. 36).

Za tem technika hydrologiczna nie uczyniła postępu na drodze uczynienia wody rzecznej równą co do wartości dyetetycznej wodzie źródlanej lub wgłębnej, a jeśli dodamy, że nie wpłynęła ona także na odsetek śmiertelności, to miasta, które zmuszone jej używać, dla braku źródlanej (jak to ma miejsce w Paryżu), ulegają narazie konieczności, wychodząc z zasady: *malum necessarium*.

Wpływ wieku matek na ilość porodów przedwczesnych i dzieci nieżywo urodzonych.

Ze statystyki porównawczej głównych miast europejskich wynikł pewnik, który stał się prawem demograficznem; że wpływ wieku matek na ilość dzieci nieżywo urodzonych wyraża się postępowem zwiększaniem się tej ilości, w miarę oddalania się kobiety od wieku 30 lat. W drodze dalszych poszukiwań byłoby rzeczą interesującą stwierdzić, w którem właściwie miesiącu ciąży ten niekorzystny wpływ wieku matki występuje. Naczelnik bióra statystycznygo w Paryżu, Dr. Bertillon, podjął się odpowiedzieć na powyższe pytanie, wliczając do liczby nieżywo urodzonych i tych, którzy stanowią osobną rubrykę pod nazwą: „pogrzebanych płodów“.

Wyniki jego obliczań i wnioskowań są następujące: liczba nieżywo urodzonych zwiększa się z wiekiem matek w pierwszych czterech miesiącach ciąży, oraz w dziewiątym. Co do innych miesięcy ciąży, to wiek matki nie wpływa na liczbę dzieci nieżywo urodzonych, z wyjątkiem, jeżeli matka przekroczyła 40—45 lat, co stanowi wielce niekorzystną dla płodu okoliczność. Ilość nieżywo urodzonych chłopców jest większa od takiej ilości dziewcząt; pochodzące z nieprawego łoża przewyższają liczbę nieżywo urodzonych dzieci ślubnych.

Równolegle z temi obliczeniami zbadał Bertillon sprawę częstości porodów przedwczesnych, (żywo lub martwo urodzonych), ze względu na wiek matek. Doszedł on do wniosku, że istnieje 71 $\frac{0}{00}$ prawdopodobieństwa przedwczesnego porodu, jeżeli matka jest zbyt młodą (15—19 lat); następnie prawdopodobieństwo to zmniejsza się, i od 30 do 40 lat matki spada do 41 $\frac{0}{00}$, poczem stopniowo zwiększa się, i dosięga znacznej liczby po przekroczeniu przez matkę 45 lat życia.

I tu częstość porodów przedwczesnych jest wyższą dla chłopców i dla dzieci nieprawego łoża, aniżeli dla dziewcząt i dla dzieci nieślubnych.

Wreszcie kończy swój statystyczny wywód Bertillon: dziecię przedwcześnie narodzone ma tem więcej widoków pozostania przy życiu, czem matka jego jest młodszą. (*La Semaine médicale* Nr. 28).

VIII. Wiadomości bieżące.

†

Już po zamknięciu niniejszego numeru doszła nas wiadomość, iż w dniu 25 b. m. zasnął w Panu po krótkich cierpieniach przeżywszy lat 65

Dr. Antoni Rosner,

profesor Uniw. Jagiell., b. dziekan Wydziału lekarskiego, b. prezes Towarz. lek., mąż wielorako nauce i krajowi zasłużony.

Bliższe szczegóły z życia i działania Zmarłego zamieścimy w najbliższym numerze.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył dnia 13. Sierpnia b. r. pierwsze posiedzenie na którem:

1) Uchwalono odpowiedni podział pracy i referatów pomiędzy członków Wydziału.

2) Prezydent zawiadomił, że delegat okręgu IX. Dr. Lutyński na posiedzeniu ostatniem poprzedniej Izby przedstawił wniosek następujący: W pewnej miejscowości Wydział powiatowy rozpisując konkurs na posadę lekarza okręgowego umieścił między warunkami konkursu także „nieprzekroczony 40 rok życia“, czego ustawa nie wymaga, wobec tego wnosi, by Izba odniosła się do odpowiednich władz o opuszczenie tego warunku w konkursach. Otóż w sprawie tej Izba lekarska wniosła przedstawienie do c. k. Namiestnictwa.

3) Wydział jako Rada honorowa zajmował się skargą pewnego aptekarza przeciw lekarzowi i w tej sprawie wdrożył śledztwo.

---

* *Wiener Zeitung* ogłasza: Cesarz zamianował zwyczajnego profesora szkoły weterynaryi i kucia koni we Lwowie, Dra Prusa Jana, zwyczajnym profesorem ogólnej i doświadczalnej patologii na uniwersytecie we Lwowie.

* Dnia 18. b. m. odbył się w Zakopanem przy natłoczonej sali odczyt Dra H. Nussbauma: *O pięknie w naturze ze stanowiska higieny duszy i ciała.* Wystarczy przytoczyć imię prelegenta, ażeby z góry być przekonanym, że odczyt tak co do formy, jak i treści będzie wzorowym.

* Wynalazek Röntgena z biegiem czasu znajduje coraz szersze zastósowanie w nauce. Dotychczas sądzono, że tylko metale nie przepuszczają X-promieni; doświadczenia Dra Sehrwalda wykazały, że i niektóre metaloidy posiadają tę własność. Badacz ten użył cieniutkich włosowatych rurek (0·006 średnicy), ze szkła nie zawierającego ołowiu (który nie przepuszcza X-promieni) i, napełniwszy je rozmaitemi ciałami chemicznemi, wystawiał w jednakiej odległości na działanie promieni Röntgenowskich. Ze stopnia cienia S. wnosił o stopniu przepuszczalności tych ciał dla X-promieni. Wynik tych badań był ten, że chlorowce: jod, brom, chlor, są dla X-promieni nieprzeźroczyste. Nieprzeźroczystość ta jest istotną własnością atomu tych metaloidów, a nie pochodzi z ich szczególnego skupienia, gdyż we wszystkich połączeniach chemicznych chlorowców nieprzeźroczystość ta ma miejsce i to w stopniu odpowiadającym ilości pierwiastka nieprzeźroczystego dla X-promieni. Z tego doświadczenia wynika, że promienie Röntgenowskie mogą być zastósowane do rozbiorów chemicznych, tak ilościowych, jak i jakościowych, — a zwłaszcza do wykrycia sfałszowań aptecznych.

Sehrwald przekonał się, że wiele płynów przeźroczystych dla zwykłych promieni, jak kwas solny, chloroform, chloral, bromoform i t. d., w skutek tego, że zawierają w sobie znaczną ilość chloru, bromu i t. d., są dla X-promieni nieprzeźroczystemi.

Główne pierwiastki ciał organicznych: węgiel, wód, tlen i azot okazały się przeźroczystymi dla promieni Röntgenowskich. Cień, który rzucają miękkie części ciała ludzkiego zależy, według Dra S. od obecności żelaza w hemoglobinie i chloru w cieczach organicznych. Fosfor, siarka, arsen, antymon, są mało przeźroczyste, bor natomiast łatwo przepuszcza promienie Röntgenowskie.

* We wszystkich miejskich szkołach medyolańskich uczniowie dostają bezpłatnie kąpiele spadowe, przyczem zarząd wydaje również bezpłatnie mydło i prześcieradło.

* Wiedeńska Najwyższa Rada zdrowia, według *Neue Freue Presse* (23 Lipca), zastanawiała się nad pytaniem, komu wolno leczyć poddawaniem hipnotycznem i wydała następujące orzeczenie: 1) zabronić leczenia hipnotyzmem nielekarzom; 2) zakazać wszelkich widowisk hipnotycznych. Co do lekarzy, to Najwyższa Rada zdrowia jest za pozostawieniem im swobodnego używania tak tej metody leczniczej, jak każdej innej. Rada uznaje za rzecz niewłaściwą, ażeby obowiązkowo przy stósowaniu metody hipnotycznej, musiała być trzecia osoba, jako środek zapobieżenia poddaniu zamiarów niemoralnych, gdyż w tych warunkach utrzymanie tajemnicy lekarskiej stałoby się niemożebnem, a i samo leczenie w wielu razach byłoby uniemożebnione.

* Z liczby 3000 lekarzy, praktykujących w Nowym Jorku, zaledwo 600 przyszło na świat w Stanach Zjednoczonych, reszta są przybyszami.

* Dr. Viala badał na zwierzętach siłę trującą napojów wyskokowych; wstrzykiwania do żył wykazały, że wyskok, uznany za najlepszy, był najsilniej trującym. Natomiast długotrwałe stósowanie przez usta tych napojów wyskokowych, które są uznane za najlepsze, udowodniło mniejszą ich szkodliwość: zwyrodnienie narządów występowało później i powolniej.

* Dr. Zygmunt Kramsztyk w Warszawie otrzymał koncesyę na wydawanie miesięcznika p. t.: *Krytyka lekarska.* Program pisma obejmuje: 1) rozbiór pojęć zasadniczych z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych; 2) krytykę nowych teoryj naukowych i metod terapeutycznych; 3) krytykę dzieł i artykułów z dziedziny nauk lekarskich i przyrodniczych; 4) biografie znakomitych lekarzy, przyrodników współczesnych i dawnych; 5) sprawy związane z powołaniem, bytem i etyką lekarską; 6) ogłoszenia. W miarę potrzeby dodawane będą objaśniające tekst, rysunki i portrety.

Każdy krok na drodze rozwoju piśmiennictwa ojczystego przyjmujemy z radością i nowe wydawnictwo uważać będziemy za wypadek pomyślny i nader pożądany w duchowem życiu lekarzy polskich.

* Dr. Zabłudowski przedstawił w Tow. lek. berlińskim 9-letnią dziewczynę, cierpiącą na chorobę Friedreicha. Dzięki 4-tygodniowemu męsieniu objawy bezładu mięśniowego (*ataxia*) ustąpiły w takim stopniu, że tylko staranne badanie może wykryć jego ślady.

* Z Moskwy donoszą, że najlepsza siła profesorska moskiewskiego Uniwersytetu, prof. Erismann, opuszcza swą posadę i przenosi się za granicę.

* Amerykańskie zakłady ubezpieczeń na życie zwiększyły opłatę od lekarzy, a to ze względu na tak częste narażenie życia, złączone z zawodem lekarskim.

* W Anglii „partacze“ posiadają własną organizacyę, — Związek, — który zarządza coroczne zjazdy. Przewodniczący tegorocznego zjazdu wyraził przekonanie, że nadejdzie czas, w którym partacze zostaną zrównani w prawach z lekarzami dyplomowanymi.

* W Nowym Jorku kupiec Rouse, cierpiący na zanik nerwów wzrokowych, ofiaruje 200.000 funtów szterlingów temu, kto mu wzrok przywróci.

* Dr. Mac Cormac (Anglia), Dr. Stokes (Irlandya) i Stewart (Szkocya) stanowią komitet angielski, współdziałający do urządzenia międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Moskwie.

* W berlińskiej klinice Fränkla poczynił Dr. Magnus Levy próbne doświadczenia nad porównawczą wartością przetworów gruczołu tarczykowego, mianowicie: wyciągu gruczołu tarczykowego, tyrojodyny i tyro-antytoksyny. Doświadczenia czynione były na chorym, cierpiącym na obrzęk śluzakowy. Magnus przekonał się, że tyro-antytoksyna S. Fränkla jest bez wartości leczniczej; natomiast wyciąg gruczołu tarczykowego i tyrojodyna Baumanna wywierają działanie lecznicze niewątpliwie; wpływ obu tych przetworów na serce, oddechanie, stan skóry i odżywienie ustroju był widoczny i w równej mierze silny.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. **Jerzy Odrobina** w Mszanie dolnej dnia 19. Sierpnia; — Dr. **Henryk Obręblski** w Warszawie, b. ordynator szpitala św. Rocha, b. pomocnik naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus i b. lekarz teatrów warszawskich dnia 2. Sierpnia; — Dr. **Jan Popławski** w Krymie; — Dr. **Bronisław Szenfeld** w Kijowie.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 34. Dra P r z e w o s k i e g o: Miejscowa eozynofilia w raku i kilka słów o znaczeniu komórek eozynofilnych w ogóle. Dra P r z e d b o r s k i e g o: Przyczynek do nauki o ostrych, zakaźnych, ropnych zapaleniach gardzieli i krtani. Dra J a n o w s k i e g o: O Flagellatach (wiciowcach) w wypróżnieniach ludzkich i o ich znaczeniu w patologii przewodu pokarmowego (dok.). — W *Medycynie* Nrze 34. Dra G a s z y ń s k i e g o: Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków. Dra K r a k o w a: W sprawie otwierania jamy brzusznej przez sklepienia pochwy (*Coeliotomia vaginalis*) (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. St. P o n i k ł o: Das fürstlich Lubomirski'sche Asyl für vernachlässigte Knaben in Krakau, (z 5 architektonicznymi rysunkami), 1896.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.